

Na osnovu člana 33. Statuta Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona („Službeni glasnik Unsko-sanskog kantona“ broj 12/15 i 9/19), Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Službene novine Federacije BiH“ broj: 31/02 i 20/19) i Odluke Upravnog odbora Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica zavoda van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu broj: 01-37-5407/19 od 26.09.2019. godine, direktor Zavoda donosi

UPUTSTVO O NAČINU I POSTUPKU KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE OSIGURANIH LICA U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA VAN PODRUČJA KANTONA I U INOSTRANSTVU

I OPĆE ODREDBE

Član 1.

Ovim Uputstvom se saglasno odredbama Zakona o zdravstvenom osiguranju („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“ broj: 30/97, 07/02 i 70/08), Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja („Službene novine Federacije Bosne i Hercegovine“ broj: 31/02), Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku korištenja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu („Službene novine Federacije BiH“ broj: 31/02), Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica zavoda van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu broj: 01-37-5407/19 od 26.09.2019. godine i drugim zakonskim i podzakonskim aktima kojima se reguliše korištenje prava osiguranih lica iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja, utvrđuje način i postupak pripreme dokumentacije u nadležnim zdravstvenim ustanovama, propisuju procedure oko podnošenja i prijema zahtjeva za davanje saglasnosti Ljekarske komisije za liječenje van kantona, i komisije za banskjo liječenje, podnošenje i prijem zahtjeva za nadoknadu troškova liječenja, korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu, dvostepenost postupka i druge odredbe od značaja za korištenje zdravstvene zaštite osiguranih lica van kantona i u inostranstvu.

II NAČIN I POSTUPAK PRIPREME DOKUMENTACIJE ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE VAN KANTONA

Član 2.

Kada se u postupku ispitivanja i liječenja, s obzirom na medicinske indikacije, utvrdi da je osiguranom licu neophodno pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz određenih specijalističkih djelatnosti ili pružanje zdravstvenih usluga specijalističko-konsultativne odnosno bolničke zaštite ili dijagnostičkih procedure koji se ne mogu obezbijediti u zdravstvenim ustanovama na teritoriji Unsko-sanskog kantona sa kojima Zavod ima zaključene ugovore o provođenju zdravstvene zaštite, a u skladu sa članom 19. Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja, Stručni tim doktora medicine Kantonalne bolnice "dr. Irfan Ljubijankić" Bihać, u čijoj je djelatnosti pružanje zdravstvenih usluga najsloženijeg nivoa na području kantona daje mišljenje o potrebi upućivanja osiguranog lica na liječenje van kantona sa navođenjem ugovorne zdravstvene ustanove u koju je osigurano lice potrebno uputiti radi nastavka liječenja.

Član 3.

Stručno odnosno Konzilijarno mišljenje Kantonalne bolnice Bihać - „Mišljenje o potrebi upućivanja na ispitivanje odnosno liječenje“ (u daljem tekstu: Stručno mišljenje) obavezno sadrži slijedeće podatke:

- Naziv i sjedište zdravstvene ustanove koja izdaje Mišljenje;
- Broj i datum izdavanja;
- Ime, očevo ime i prezime osiguranog lica koje se upućuje na liječenje, medicinsko ispitivanje ili medicinsku rehabilitaciju;
- JMBG osiguranog lica;
- Adresa osiguranog lica (mjesto prebivališta, ulica i broj);
- Dijagnoza sa naznačenom šifrom dijagnoze po MKB;
- Nalaz i ocjena: da li je s obzirom na medicinske indikacije moguće ili nije moguće uspješno obezbijediti ispitivanje i liječenje osiguranog lica u toj zdravstvenoj ustanovi odnosno drugoj odgovarajućoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji kantona;

- Prijedlog: naziv ugovorne zdravstvene ustanove na teritoriji Federacije u kojoj su obezbijeđeni uvjeti za uspješno ispitivanje i liječenje osiguranog lica, ukoliko to nije moguće postići u odgovarajućoj zdravstvenoj ustanovi na teritoriji kantona;
- Prijedlog načina liječenja (ambulantno, stacionarno, kontrolni pregled);
- Procjenu trajanja liječenja, odnosno rehabilitacije;
- Procjenu da li je osiguranom licu neophodan pratilac;
- Prijedlog odgovarajućeg prijevoznog sredstva, odnosno posebnih uvjeta prilikom prijevoza osiguranog lica.

Član 4.

Nakon prijema Stručnog mišljenja Kantonalne bolnice u kome se utvrđuje potreba za liječenjem, ispitivanjem osiguranog lica u odgovarajućoj ugovornoj zdravstvenoj ustanovi izvan kantona, popunjenog na način iz člana 3. ovog Uputstva, izabrani doktor medicine iz Doma zdravlja prema mjestu prebivališta osiguranog lica koja se upućuje na liječenja, a na osnovu podataka iz konzilijarnog mišljenja popunjava uputnicu za liječenje-medicinsko ispitivanje.

Uputnica izabranog doktora medicine iz nadležnog Doma zdravlja mora sadržavati sve elemente propisane članom 22. Pravilnika o načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Izabrani doktor medicine nadležnog Doma zdravlja kompletiranu dokumentaciju predaje ovlaštenoj osobi medicinske struke u Domu zdravlja (medicinski radnik na kartoteci ili druga ovlaštena osoba) koja je nadležna za slijedeće:

- Prijem kompletiranih prijedloga za liječenje van kantona (zdravstveni karton, prijedlog specijaliste, Stručno mišljenje, posljednje nalaze i pretrage, otpusno pismo i sl.), vodeći računa da medicinska dokumentacija u prilogu ne smije biti starija od šest mjeseci;
- Vršiti provjeru osiguranja uvidom u zdravstvenu legitimaciju, koja se zatim vraća osiguranom licu uz provjeru identiteta osiguranog lica uvidom u ličnu kartu;
- Izrađuje spisak osiguranih lica čiji se predmeti dostavljaju Ljekarskoj komisiji Zavoda u dva pisana primjerka koji potpisuje i ovjerava s pečatom zdravstvene ustanove s naznačenim datum predaje predmeta na Ljekarsku komisiju Zavoda;
- Kompletirane predmete osiguranih lica-pacijenata dostavlja Ljekarskoj komisiji Zavoda za liječenje van kantona, a radi odlučivanja i davanja saglasnosti za liječenje na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja najkasnije 24 sata prije početka rada Ljekarske komisije;
- Zaprima predmete nakon odlučivanja i davanja saglasnosti za liječenje od strane Ljekarske komisije Zavoda, nakon čega je iste u obavezi dostaviti izabranom doktoru medicine u Domu zdravlja na dalje postupanje.

Član 5.

Po prijemu zahtjeva i medicinske dokumentacije sekretar Ljekarske komisije zajedno sa predsjednikom Komisije, pregleda dostavljene zahtjeve i medicinsku dokumentaciju te provjerava da li Stručno mišljenje sadrži sve relevantne podatke neophodne za odlučivanje kao i da li zahtjev sadrži svu potrebnu medicinsku dokumentaciju. Ukoliko nešto nedostaje od medicinske ili druge dokumentacije zatražit će se dopuna od strane zdravstvene ustanove, odnosno podnosioca zahtjeva.

Dostavljene zahtjeve od nadležnog Doma zdravlja sekretar Ljekarske komisije zaprima i provodi kroz elektronski protokol Ljekarske komisije.

Član 6.

Ljekarska komisija svoju saglasnost za upućivanje na liječenje, medicinsko ispitivanje odnosno medicinsku rehabilitaciju u zdravstvene ustanove van kantona potvrđuje ovjerom od najmanje tri potpisa članova Komisije.

Iznimno odluka/saglasnost Ljekarske komisije je validna i ukoliko je potpisana od strane dva člana komisije, ali samo ukoliko se radilo o hitnom odlučivanju ili ukoliko zbog izvanrednih okolnosti jedan od članova Ljekarske komisije nije mogao prisustvovati redovnoj sjednici komisije.

Ljekarska komisija na osnovu Stručnog mišljenja o procjeni dužine trajanja liječenja, ograničit će broj odobrenih bolesničkih dana na uputnici.

Ukoliko liječenje, odnosno medicinska rehabilitacija ne bude završeno u predviđenom razdoblju, Ljekarska komisija će na osnovu zahtjeva i medicinske dokumentacije nadležnog liječnika specijaliste ili liječničkog konzilija zdravstvene ustanove u kojoj se osigurano lice liječi, razmotriti mogućnost produženja liječenja, odnosno medicinske rehabilitacije u istoj zdravstvenoj ustanovi odnosno navesti u kojoj zdravstvenoj ustanovi se može nastaviti liječenje.

Saglasnost iz stava 1. ovog člana i broj odobrenih bolesničkih dana stavlja se na poledinu uputnice. Broj saglasnosti Komisije identičan je sa brojem protokola pod kojim je predmet zaprimljen.

Saglasnost se donosi većinom glasova članova Komisije, s tim da se mišljenje člana Komisije koji je protiv izdavanja saglasnosti unosi u zapisnik uz obrazloženje.

Član 7.

Ukoliko zdravstvena ustanova van područja Unsko-sanskog kantona primi na bolničko liječenje osigurano lice kao hitan slučaj, dužna je u roku od tri dana od njegovog prijema na liječenje, izvestiti Zavod o datumu prijema osiguranog lica na liječenje, dijagnozi i predviđenom trajanju bolničkog liječenja, a radi davanja saglasnosti Ljekarske komisije na to liječenje.

Ljekarska komisija će po prijemu medicinske i druge dokumentacije donijeti odgovarajuće mišljenje i preporuku, a ukoliko nije dostavljena odgovarajuća dokumentacija istu odmah zatražiti od zdravstvene ustanove-podnosioca zahtjeva.

Na osnovu mišljenja i preporuke Ljekarske komisije direktor Zavoda donosi odluku/saglasnost koja se dostavlja zdravstvenoj ustanovi koja je primila na liječenje osigurano lice.

Ukoliko Ljekarska komisija utvrdi da se nije radilo o hitnom slučaju, troškove zdravstvene zaštite snosi osigurano lice lično, odnosno zdravstvena ustanova koja je uputila osigurano lice na liječenje radi pružanja zdravstvene zaštite bez provođenja procedure iz ovog Uputstva.

Član 8.

Kada se radi o hitnim slučajevima gdje postoji neposredna opasnost za život i zdravlje oboljelog osiguranog lica, zdravstvena ustanova može takvo osigurano lice uputiti na liječenje van kantona i bez provođenja postupka iz ovog Uputstva, u najbližu zdravstvenu ustanovu odnosno kliniku na području države, sa naznakom na uputnici – hitan slučaj- uz čitak potpis i faksimil uputioca, s tim što se mora posebno obrazložiti hitnost slučaja.

Zdravstvena ustanova je o tome, bez odlaganja, dužna obavijestiti Ljekarsku komisiju Zavoda za liječenje van kantona, koja će na prvoj narednoj sjednici dati ocjenu da li je u konkretnom slučaju bilo riječi o hitnom upućivanju. Ako Ljekarska komisija utvrdi da se u konkretnom slučaju nije radilo o hitnosti niti opravdanom upućivanju, troškovi takvog upućivanja padaju na teret zdravstvene ustanove uputioca.

Član 9.

Nakon razmatranja i odlučivanja sva dokumentacija koja je dostavljena Ljekarskoj komisiji zajedno sa uputnicom koja sadrži ovjerenu i potpisanu saglasnost Ljekarske komisije, dostavlja se putem ovlaštene osobe iz nadležnog doma zdravlja, ovlaštenoj osobi medicinske struke u istom domu zdravlja koja je, u skladu sa ovim Uputstvom dostavila kompletiranu dokumentaciju osiguranog lica Ljekarskoj komisiji.

Po primitku uputnice sa saglasnošću Ljekarske komisije Zavoda, izabrani doktor medicine u nadležnom Domu zdravlja obavezan je utvrditi datum prijema osiguranog lica a u dogovoru sa ovlaštenim licem iz zdravstvene ustanove u koju se to lice upućuje radi ispitivanja odnosno liječenja.

Ukoliko se osigurano lice već nalazi na liječenju u zdravstvenoj ustanovi, sva dokumentacija koja je priložena zajedno sa uputnicom nakon donošenja odluke Ljekarske komisije se hitno dostavlja u zdravstvenu ustanovu koja je uputila osigurano lice na liječenje kao hitan slučaj, a koja je u obavezi istu dostaviti zdravstvenoj ustanovi u kojoj se osigurano lice nalazi na liječenju.

Ukoliko Ljekarska komisija Zavoda uskrati saglasnost za medicinsko ispitivanje, odnosno liječenje, osigurano lice ima pravo u roku od 8 dana od dana odluke Ljekarske komisije podnijeti zahtjev nadležnoj poslovnicu Zavoda po mjestu prebivališta za izradu rješenja. Nadležna poslovница Zavoda donijet će rješenje u kojem će se obrazložiti razlozi zbog kojih je uskraćena saglasnost za liječenje u zdravstvenim ustanovama van kantona uz pravnu pouku.

Član 10.

Osigurano lice može se uputiti na liječenje u ugovorne zdravstvene ustanove van kantona i zbog nabavke i ugradnje ortopedskih i drugih pomagala koja se ne mogu nabaviti na teritoriji Unsko-sanskog kantona, niti ugraditi u ugovornim zdravstvenim ustanovama na području kantona.

Pravo na ortopedsko i drugo pomagalo iz stava 1. ovog člana osigurano lice ostvaruje na osnovu važeće Odluke o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala koja se obezbjeđuju u Zavodu zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona.

Osigurano lice koje je u skladu sa odredabama ovog Uputstva upućeno na liječenje u zdravstvene ustanove van kantona, pravo na ortopedsko i drugo pomagalo za koje je medicinski indiciranu potrebu

utvrdio liječnik specijalista zdravstvene ustanove u koju je osigurano lice nalazi na liječenju, ostvaruje tako što će zdravstvena ustanova zatražiti od Zavoda saglasnost u skladu sa međukantonalnim, odnosno međuentiteskim sporazumima.

Osigurano lice ukoliko je lično platilo nabavku i ugradnju ortopedskog ili drugog pomagala u slučajevima iz ovog člana, ostvaruje pravo na refundaciju troškova do visine iznosa utvrđenog u Odluci o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, a na osnovu originalnog računa o plaćenom ortopedskom pomagalu, medicinske dokumentacije o ugradnji ortopedskog pomagala i potvrde o ortopedskom ili drugom pomagalu izdate na temelju medicinske dokumentacije/otpusnog pisma od strane ovlaštenog ljekara specijaliste ugovorne zdravstvene ustanove na kantonu.

Prvostepeni postupak iz predhodnog stava provodi nadležna poslovница zdravstvenog osiguranja po mjestu prebivališta osiguranog lica.

Član 11.

Pravo na liječenje medicinskom rehabilitacijom u ugovornim zdravstvenim ustanovama van područja kantona, a nakon što su iscrpljene sve mogućnosti liječenja u ugovornim zdravstvenim ustanovama na području Unsko-sanskog kantona, utvrđuje se po prijedlogu nadležnog ljekara specijaliste fizijatrije uz obrazloženje medicinskih indikacija i potrebe za medicinskom rehabilitacijom i banjiskim liječenjem u ugovornoj ustanovi van područja kantona.

Uz prijedlog iz predhodnog stava obavezno se dostavlja medicinska dokumentacija- otpusno pismo, nalaz specijaliste, preporuka specijalista određene grane medicine ovisno o oboljenju i druga medicinska dokumentacija na traženje Ljekarske komisije Zavoda za banjisko liječenje i medicinsku rehabilitaciju.

Na osnovu prijedloga iz stava 1. ovog člana izabrani doktor medicine u nadležnom domu zdravlja po mjestu prebivališta osiguranog lica izdaje uputnicu, te kompletan predmet sa svom neophodnom dokumentacijom proslijeđuje Ljekarskoj komisiji Zavoda za banjisko liječenje i medicinsku rehabilitaciju na odlučivanje.

III REFUNDACIJA/NADOKNADA TROŠKOVA KORIŠTENE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U ZDRAVSTVENIM USTANOVAMA VAN PODRUČJA KANTONA

Član 12.

Ljekarska komisija za liječenje van kantona odlučuje i o nadoknadi troškova za korištenu zdravstvenu zaštitu u zdravstvenim ustanovama van kantona, ukoliko je osigurano lice lično platilo troškove zdravstvene zaštite i to u sljedećim slučajevima:

- da je osigurano lice koristilo zdravstvenu zaštitu kao hitan slučaj,
- da je osigurano lice upućeno na liječenje u zdravstvenu ustanovu van kantona.

U navedenim slučajevima Ljekarska komisija odlučuje i o nadoknadi plaćenih lijekova ukoliko se isti nalaze na Listi lijekova Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona ili Listi lijekova Federacije Bosne i Hercegovine.

Član 13.

Zahtjevi za nadoknadu troškova iz člana 12. ovog Uputstva podnose se Ljekarskoj komisiji Zavoda putem nadležne poslovnice Zavoda po mjestu prebivališta podnosioca zahtjeva.

Zahtjev za nadoknadu troškova liječenja mora sadržavati ime i prezime osiguranog lica, tačnu adresu, broj telefona te kratak opis zahtjeva.

Uz zahtjev se prilaže:

- valjana i potpuna medicinska dokumentacija kojom se dokazuje da je korištena zdravstvena zaštita;
- original račun na ime osiguranog lica sa dokazom o visini plaćenih troškova za zdravstvene usluge, plaćeni lijek, ugradbeni ili potrošni materijal;
- kopija zdravstvene legitimacije;
- kopija bankovne kartice ili potvrda banke o broju računa osiguranog lica-podnosioca zahtjeva.

Nepotpun zahtjev Poslovnica Zavoda neće upućivati na Ljekarsku komisiju Zavoda, već će tražiti dopunu dokumentacije od strane osiguranog lica-podnosioca zahtjeva.

Ukoliko osigurano lice-podnositelj zahtjeva ne izvrši dopunu nepotpunog zahtjeva u ostavljenom roku, takav zahtjev nadležna poslovница Zavoda odbacit će zaključkom kao nepotpun.

Zahtjev za nadoknadu troškova mora biti podnesen u roku od 60 dana od dana plaćenog računa za korištenu zdravstvenu zaštitu.

Član 14.

Nadležna Poslovnica prilikom prijema zahtjeva za nadoknadu troškova postupka prema odredbama Zakona o upravnom postupku, provjerava osiguranje podnosioca zahtjeva, vodi postupak u cilju kompletiranja medicinske i druge dokumentacije, utvrđuje pravni osnov za odlučivanje o zahtjevu shodno odredbama Odluke o uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite osiguranih lica zavoda van područja Unsko-sanskog kantona i u inostranstvu i drugim zakonskim i podzakonskim aktima kojima je uređena ova materija.

Nakon što kompletira zahtjev referent u nadležnoj poslovnici popunjava poseban obrazac za Ljekarsku komisiju (Prilog 1) u dijelu koji popunjava nadležna poslovnica Zavoda.

Kompletiran i provjeren zahtjev za nadoknadu troškova, nadležna Poslovnica Zavoda dostavlja na odlučivanje Ljekarskoj komisiji Zavoda.

Član 15.

Ljekarska komisija prilikom odlučivanja o zahtjevu može, zbog bilo kojih formalno-pravnih propusta odgovornih osoba u Poslovnici Zavoda, predmet vratiti na dopunu.

Nakon što Ljekarska komisija odluči po zahtjevu, Sekretar Komisije riješene predmete putem interne dostavne knjige, proslijeđuje nadležnoj Poslovnici Zavoda na dalje postupanje.

Član 16.

Nadležna Poslovnica Zavoda, nakon donešene odluke Ljekarske komisije po zahtjevu za nadoknadu troškova liječenja postupka na slijedeći način:

Ukoliko Ljekarska komisija Zavoda nije saglasna sa naknadom troškova osiguranom licu za korištenu zdravstvenu zaštitu odnosno ukoliko je zahtjev osiguranog lica odbijen, rukovodioc nadležne Poslovnice Zavoda donosi rješenje o odbijanju uz pravnu pouku i dostavlja rješenje podnosiocu zahtjeva-osiguranom lice.

Ukoliko je odluka Ljekarske komisije pozitivna rukovodioc nadležne Poslovnice Zavoda donijet će rješenje o odobravanju naknade troškova liječenja, te jedan primjerak rješenja sa kompletnim predmetom dostaviti Službi za finansijske i računovodstvene poslove na izvršenje.

Ukoliko je odluka Ljekarske komisije nejasna ili nisu dovoljno obrazloženi razlozi zbog kojih je zahtjev za nadoknadom troškova odbijen, nadležna Poslovnica može vratiti predmet Ljekarskoj komisiji radi dodatnog obrazloženja.

Član 17.

Troškove participacije, odnosno iznos učešća u troškovima korištene zdravstvene zaštite osigurano lice snosi lično.

IV KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U INOSTRANSTVU

Član 18.

Korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja podrazumjeva zdravstvenu zaštitu koja se pruža osiguranim licima za vrijeme boravka u državama s kojima je Bosna i Hercegovina zaključila ili preuzela međunarodne ugovore o socijalnom osiguranju.

Pravo na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu imaju osigurana lica Zavoda kod kojih su doprinosi za obavezno zdravstveno osiguranje redovno uplaćeni.

Osigurana lica imaju pravo na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu samo u hitnim slučajevima.

Pod „hitnim slučajevima“ podrazumjevaju se slučajevi kod kojih je bilo neophodno pružanje medicinske pomoći u cilju otklanjanja opasnosti po život i zdravlje i koja se nije mogla predvidjeti niti odgoditi do njegovog povratka u Bosnu i Hercegovinu, odnosno mjesto prebivališta.

Pod hitnim slučajem, u smislu ovog člana, ne smatra se slučaj kod kojeg je zdravstvena zaštita bila planirana, odnosno predvidiva, kao što su npr. planirani dijagnostički postupci, odnosno terapijski postupci, operativni zahvati, porođaj i slično.

Ukoliko je zdravstvena zaštita u inostranstvu korištena suprotno odredbama međunarodnog ugovora, Pravilnika i ovog Uputstva, troškove korištenja zdravstvene zaštite osigurano lice snosi lično.

Član 19.

Potvrdu o pravu na korištenje zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu, odnosno dvojezični obrazac (u daljem tekstu: Potvrda) može se izdati samo osiguranom licu za koje je, prije

odlaska u inostranstvo, utvrđeno da ne boluje od akutnih oboljenja ili da ne boluje od hroničnog oboljenja koje zahtjeva duže liječenje ili stalni nadzor doktora medicine.

Utvrđivanje i ocjenu zdravstvenog stanja osiguranog lica, prije odlaska u inostranstvo, vrši izabrani doktor medicine u nadležnom Domu zdravlja po mjestu prebivališta osiguranog lica.

Ocjenu zdravstvenog stanja izabrani doktor medicine daje na osnovu neposrednog pregleda, izvršenog uvida u zdravstveni karton i potrebnih laboratorijskih i RTG snimki i drugih medicinskih nalaza iz kojih se može pouzdano utvrditi zdravstveno stanje osiguranog lica. Ocjenu zdravstvenog stanja izabrani doktor medicine upisuje na obrazcu „Ocjena zdravstvenog stanja osiguranog lica“ koji je sastavni dio ovog Uputstva. Obrazac se popunjava u dva primjerka od kojih se jedan predaje osiguranom licu, a drugi ostavlja u zdravstveni karton.

Izabrani doktor medicine koji daje ocjenu zdravstvenog stanja osiguranog lica odgovoran je za tačnost podataka na obrazcu za Ocjenu.

Ukoliko se utvrdi da je osigurano lice po osnovu potvrde o pravu korištenja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu izdate na osnovu Ocjene izabranog doktora medicine koristilo zdravstvenu zaštitu koja nije bila hitno indicirana, odnosno ako se nije radilo o hitnom slučaju, troškovi tako korištene zdravstvene idu na teret osiguranog lica.

Član 20.

Postupak za izdavanje Potvrde pokreće se na zahtjev osiguranog lica na obrazcu zahtjeva koji je sastavni dio ovog Uputstva.

Osigurano lice je obavezno zahtjev za izdavanje Potvrde podnijeti najkasnije sedam dana prije planiranog odlaska u inostranstvo. Uz zahtjev se obavezno prilaže Obrazac „Ocjene zdravstvenog stanja osiguranog lica“.

Ukoliko su na zahtjevu za izdavanje Potvrde navedni i članovi obitelji, uz zahtjev se moraju priložiti i obrazci Ocjene za svakog člana pojedinačno.

Zahtjev se podnosi Poslovnici Zavoda zdravstvenog osiguranja nadležnoj po mjestu prebivališta osiguranog lica.

Ukoliko je na obrazcu Ocjene zdravstveno stanje osiguranog lica ocijenjeno kao stabilno (sposoban za putovanje), te ukoliko su redovno upaćeni doprinosi za zdravstveno osiguranje, nadležna Poslovnica izdat će osiguranom licu Potvrdu/dvojezični obrazac čiji je oblik i sadržaj propisan međunarodnim ugovorom.

Ukoliko je na obrazcu Ocjene zdravstveno stanje osiguranog lica ocijenjeno kao nestabilno (ne preporučuje se putovanje) ili ukoliko doprinosi za zdravstveno osiguranje nisu redovno uplaćeni, Potvrda se ne može izdati, o čemu će nadležna Poslovnica donijeti rješenje kojim se odbija zahtjev osiguranog lica da za vrijeme boravka u inostranstvu može koristiti zdravstvenu zaštitu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Protiv ovog rješenja osigurano lice ima pravo žalbe Drugostepenoj ljekarskoj komisiji u roku od 15 dana od dana prijema rješenja.

Član 21.

Potvrda se može izdati na period ne duži od 30 dana u toku jedne kalendarske godine.

Osiguranom licu se u toku kalendarske godine može izdati Potvrda za različite države ugovornice, s tim da period na koji su potvrde izdate ne može biti duži od 30 dana.

Svaka Poslovnica Zavoda zdravstvenog osiguranja vodi posebne evidencije o izdatim Potvrdama za osigurana lica sa svog područja.

Član 22.

Ukoliko osigurano lice prije odlaska u inostranstvo nije pribavilo potrebnu Potvrdu/obrazac, a bude hitno primljeno na bolničko liječenje u zdravstvenu ustanovu u inostranstvu, inostrani nosioc zdravstvenog osiguranja države u kojoj je osigurano lice primljeno na liječenje kao hitan slučaj, a po zahtjevu zdravstvene ustanove u kojoj se osigurano lice nalazi na liječenju, obavijestiti će odmah a najkasnije u roku pet dana Zavod o datumu prijema osiguranog lica na liječenje, dijagnozi i predviđenom trajanju bolničkog liječenja, a radi davanja saglasnosti na liječenje, odnosno naknadno izdavanje dvojezičnog obrazca. Obavijest se dostavlja na obrazcima propisanim međunarodnim ugovorima o socijalnom osiguranju.

Ljekarska komisija svoju odluku daje na obrazcu „naknadno izdavanje potvrde o korištenju zdravstvene zaštite“ koji je sastavni dio ovog Uputstva, vodeći računa da se radi o hitnom slučaju iz člana 17. ovog Uputstva.

O odluci Ljekarske komisije nadležna poslovnica Zavoda po mjestu prebivališta osiguranog lica primljenog na liječenje u zdravstvenu ustanovu u inostranstvu, obavještava inostranog nosioca zdravstvenog osiguranja na odgovarajućim obrazcima propisanih međunarodnim ugovorima.

Ukoliko komisija utvrdi potrebu za premještanjem osigurane osobe u Bosnu i Hercegovinu, izdat će suglasnost za prijevoz ustanovi s kojom je Zavod ugovorio usluge sanitetskog prijevoza a na temelju mišljenja o potrebi medicinskog transporta koje daje zdravstvena ustanova u kojoj se osigurano lice nalazi na liječenju.

Član 23.

Osigurano lice koje je koristilo zdravstvenu zaštitu u inostranstvu i lično platilo troškove zdravstvene zaštite može podnijeti zahtjev Ljekarskoj komisiji Zavoda za naknadu tih troškova u slijedećim slučajevima:

- ako je osigurano lice koristilo zdravstvenu zaštitu u inostranstvu kao hitan slučaj;
- ako je osiguranom licu, prije odlaska u inostranstvu, izdana potvrda o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu a naplaćena mu je zdravstvena zaštita;
- ako je osiguranom licu odobreno naknadno izdavanje potvrde o pravu na korištenje zdravstvene zaštite u inostranstvu a naplaćena mu je zdravstvena zaštita.

Postupak za nadoknadu troškova korištenja zdravstvene zaštite u inostranstvu pokreće se na zahtjev osiguranog lica koji se podnosi putem poslovnice Zavoda nadležne po mjestu prebivališta podnosioca zahtjeva. a u skladu sa odredbama člana 13. ovog Uputstva.

Ako je osigurano lice namjeravano otišlo u inostranstvo radi liječenja, ili je pružena zdravstvena zaštita bila predvidiva, odnosno ako boluje od akutnog ili hroničnog oboljenja koje zahtjeva duže liječenje ili stalan nadzor doktora medicine, troškove tako korištene zdravstvene zaštite osigurano lice snosi lično.

Član 24.

Ukoliko Ljekarska komisija Zavoda nije saglasna sa nadoknadom troškova za korištenu zdravstvenu zaštitu u inostranstvu, odnosno ukoliko je zahtjev osiguranog lica odbijen, šef nadležne poslovnice Zavoda donosi rješenje uz pravnu pouku.

Ukoliko je odluka Ljekarske komisije pozitivna referent u nadležnoj Poslovnici inostranom nosiocu zdravstvenog osiguranja, na čijem području je osigurano lice Zavoda koristilo zdravstvenu zaštitu, dostavlja dvojezični obrazac *Upit o visini troškova za davanja u naturi koji bi nastali da ih je pružio nosilac zdravstvenog osiguranja* po slijedećem postupku :

- odgovarajući dvojezični obrazac *Upit o visini troškova* nadležna Poslovnica izdaje u tri primjerka od kojih jedan uz kompletiranu dokumentaciju ostaje u poslovnici Zavoda dok dva primjerka istog obrazca uz kopirane račune i medicinsku dokumentaciju upućuje inostranom nosiocu na čijem području su nastali troškovi liječenja;
- ovlašteno lice u Poslovnici Zavoda, obavezno mora pismeno obavijestiti osigurano lice da je zahtjev za nadoknadu troškova za korištenu zdravstvenu zaštitu odobren od strane Ljekarske komisije i da će troškovi biti nadoknađeni do visine koju će, prema odredbama međunarodnog ugovora, inostrani nosilac osiguranja potvrditi za svaki račun i to u visini troškova koji bi iznosili da ih je pružio taj nosilac na teret sredstava Zavoda;
- nakon što inostrani nosilac osiguranja vrati jedan primjerak dvojezičnog obrazca u kojem mora stajati ukupni iznos koji se priznaje za nadoknadu troškova osiguranom licu koji je podnio zahtjev, poslovnica Zavoda donosi prvostepeno rješenje o visini odobrenih troškova za korištenu zdravstvenu zaštitu u inostranstvu.
- Po pravosnažnosti prvostepenog rješenja kompletan predmet se proslijeđuje računovodstvu Zavoda na dalje postupanje

RJEŠAVANJE PO ŽALBI

Član 25.

U slučajevim kada nije udovoljeno zahtjevu osiguranog lica, ili ukoliko je osigurano lice nezadovoljno prvostepenim rješenjem, isto može u roku od 15 dana od dan prijema istog uložiti žalbu Drugostepenoj Ljekarskoj komisiji Zavodi.

Žalba se podnosi putem nadležne poslovnice Zavoda koja je izdala prvostepeno rješenje, a koja je dužna bez odlaganja dostaviti žalbu sa potpunim spisom predmeta Drugostepenoj Ljekarskoj komisiji na razmatranje.

Drugostepena ljekarska komisija je u obavezi u roku 30 dana od dana prijema žalbe od nadležne poslovnice donijeti drugostepeno rješenje.

Rješenje donešeno po žalbi je konačno.

ZAVRŠNE ODREDBE

Član 26.

Ovo Uputstvo je sačinjeno u cilju jedinstvenog i istovjetnog postupka pri ostvarivanju zdravstvene zaštite na području Bosne i Hercegovine i u inostaranstvu na teret sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona.

Odredbe ovog Uputstva su obavezujuće za sve ugovorne zdravstvene ustanove na području Unsko-sanskog kantona, sve poslovnice i službe Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona.

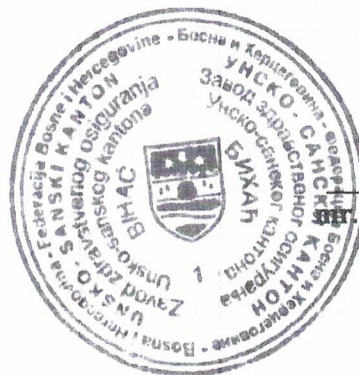
Član 27.

Ovo Uputstvo stupa na snagu danom donošenja a objavit će se u Službenom glasniku Unsko-sanskog kantona i na web stranici Zavoda zdravstvenog osiguranja Unsko-sanskog kantona.

Stupanjem na snagu ovog Uputstva prestaje sa primjenom Uputstvo broj: 01-37-1533/12 od 20.02.2012. godine i Uputstvo o procedurama ostvarivanja zdravstvene zaštite za vrijeme boravka u inostranstvu broj: 03-49-2958/14 od 28.05.2014. godine.

Broj: 03-37- 5840/19

Bihać, 15.10. 2019. godine



DIREKTOR

mr. sci. Elvedin Sedić